

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 139

UN CAS

DE

FISTULE SALIVAIRE PAROTIDIENNE

TRAITÉE PAR L'OPÉRATION DE LERICHE

(Arrachement du nerf auriculo-temporal)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

FABRE (Albert)

Né à Egliseneuve-des-Liards (Puy-de-Dôme), le 31 décembre 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

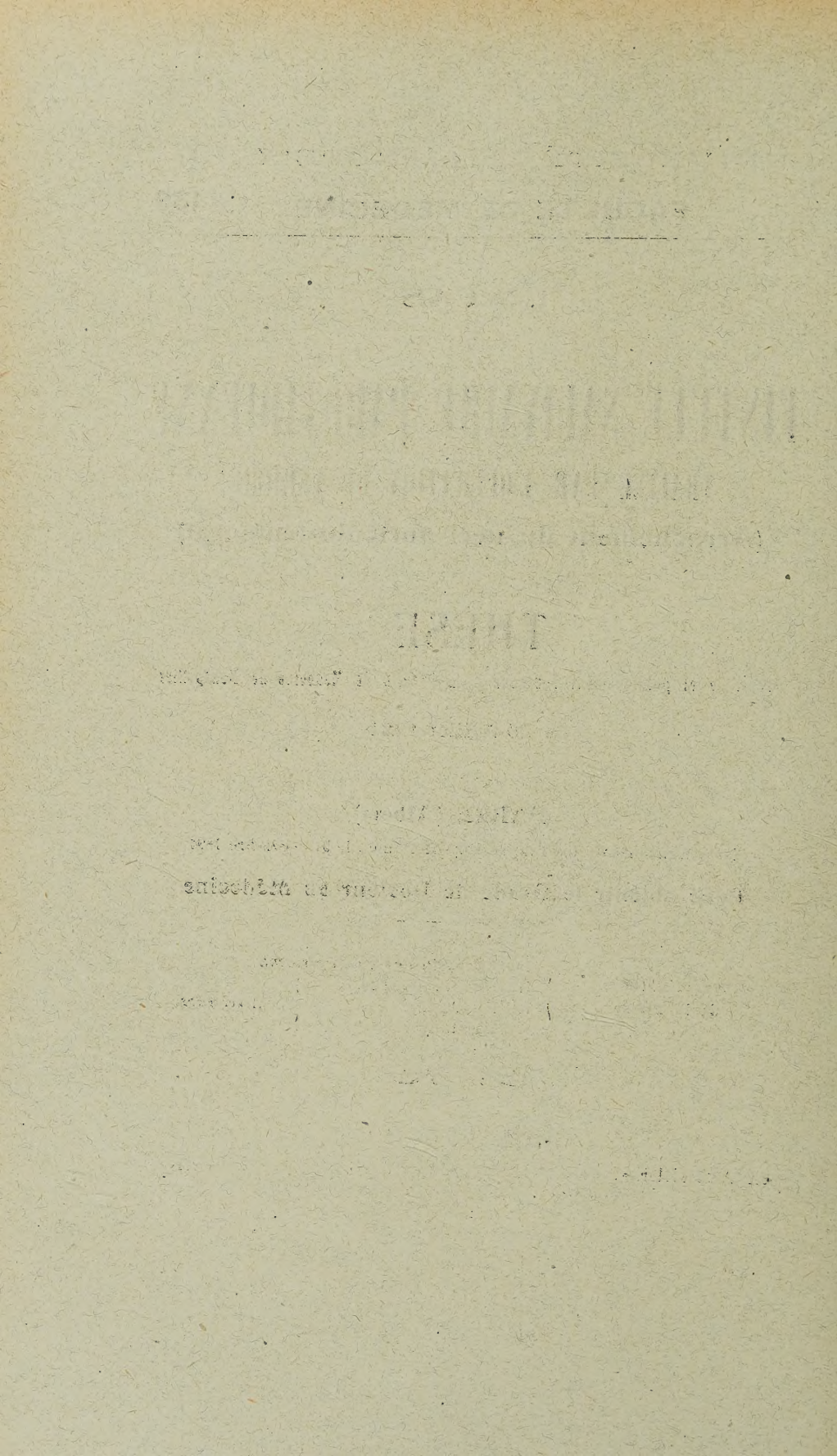
{ FORGUE, Professeur, *Président*.
HÉDON, Professeur.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



UN CAS
DE
FISTULE SALIVAIRE PAROTIDIENNE
TRAITÉE PAR L'OPÉRATION DE LERICHE
(Arrachement du nerf auriculo-temporal)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 139

UN CAS

DE

FISTULE SALIVAIRE PAROTIDIENNE

TRAITÉE PAR L'OPÉRATION DE LERICHE

(Arrachement du nerf auriculo-temporal)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

FABRE (Albert)

Né à Egliseneuve-des-Liards (Puy-de-Dôme), le 31 décembre 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

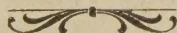
FORGUE, Professeur, *Président*.

HÉDON, Professeur.

RICHE, Agrégé.

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 3-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RÔDET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.).			CABANNES.
		MESTREZAT.	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, *profes*, *président*.
HÉDON, *professeur*.

MM. RICHE, *agré*.
ETIENNE, *agré*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MIENS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

*à qui est due l'idée de cette thèse
et pour l'honneur qu'il nous fait
d'en accepter la présidence.*

A MON JURY DE THÈSE

A. FABRE.

UN CAS

DE

FISTULE SALIVAIRE PAROTIDIENNE

TRAITÉE PAR L'OPÉRATION DE LERICHE

(Arrachement du nerf auriculo-temporal)

INTRODUCTION

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Forgue une observation de fistule salivaire parotidienne, traitée et guérie par l'opération de Leriche.

Cette méthode, appliquée pour la première fois à Montpellier par M. le professeur Forgue, s'affirme comme incontestablement supérieure aux autres modes de traitement appliqués jusqu'alors dans des cas semblables.

Le procédé est simple, la guérison s'obtient en peu de jours.

L'observation suivante en fait foi et va nous permettre de comparer la méthode de l'arrachement du nerf auriculo-temporal aux méthodes moins simples préconisées avant les travaux fondamentaux de Leriche sur la question.

OBSERVATION

Le 14 mai 1921 entre dans le service de M. le professeur Forgue, à la salle Delpech, C... Adrien, âgé de 26 ans.

Ce malade, qui n'a aucun antécédent personnel ou héréditaire, se plaint d'un écoulement abondant de salive, qui s'effectue à travers un orifice fistuleux situé à la hauteur du col du condyle du maxillaire inférieur gauche.

Le début remonte à l'année 1918. C... fut atteint à cette époque d'un abcès parotidien gauche volumineux (du volume du poing, dit-il). Une incision fut nécessaire pour donner issue au pus. Rien de particulier n'est à signaler pendant l'évolution de cet abcès vers la guérison.

Mais, lorsque la plaie fut presque cicatrisée, il persista un écoulement de liquide clair qui fut bientôt reconnu pour être de la salive. L'écoulement se faisait à travers un orifice punctiforme par la partie moyenne de l'incision. Son abondance n'a fait que s'accroître et est devenue si grande depuis l'année 1919 qu'elle constitue une gêne pour le malade.

De fait, actuellement, la fistule laisse échapper constamment de la salive. Au moment des repas, sous l'in-

fluence de la mastication l'écoulement augmente, la sécrétion s'accusant davantage encore lorsque le malade ingère des mets salés ou épicés.

D'autre part, certaines positions paraissent favoriser l'écoulement. Le malade baisse-t-il fortement la tête en l'inclinant du côté malade, on voit la salive sourdre plus abondante à l'orifice fistuleux.

Depuis 1918, de nombreux traitements ont été mis en œuvre: Thermocautérisation. Injection d'iode dans le trajet. Aucun résultat n'a été obtenu.

A l'examen on découvre à 1 centimètre environ en avant du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur gauche et parallèlement à lui une cicatrice d'incision remontant jusqu'à l'horizontale passant par la partie inférieure de la conque. C'est l'incision de l'abcès. Une contre-ouverture parallèle a été pratiquée dans la région mastoïdienne. Il y a donc tout lieu de penser qu'il s'agissait bien, comme le dit le malade, d'un abcès volumineux.

Sur la partie moyenne de la cicatrice d'incision antérieure, à la hauteur du col du condyle et à un centimètre en avant de lui, on décèle un très petit orifice, minuscule, du calibre d'une tête d'épingle environ. Les bords en sont peu perceptibles, non bourgeonnants. Le contour est au contraire net et l'orifice paraît être creusé au centre d'une fine membrane lisse et régulière.

Par cet orifice s'échappe goutte à goutte un liquide clair, légèrement visqueux, ayant tous les caractères physiques de la salive.

Le diagnostic ne saurait donc faire de doute. Il s'agit d'une fistule parotidienne consécutive à l'ouverture d'un abcès développé dans la région.

Les traitements mis en œuvre jusqu'à ce jour ayant

échoué, M. le professeur Forgue décide de mettre en œuvre le procédé de Leriche.

L'intervention est pratiquée le 26 mai 1921, sous anesthésie locale à la novocaïne. Toute la zone située autour de la fistule est infiltrée d'anesthésique et l'aiguille remontant au devant du tragus insensibilise la zone dans laquelle chemine le nerf auriculo-temporal qui doit être arraché.

Dans un *premier temps* on s'occupe de la fistule elle-même.

Une incision transversale passant sur l'orifice fistuleux permet de tailler deux petits lambeaux qui sont suturés en bourse de façon à réaliser un véritable enfouissement de la fistule, absolument comme on enfouit le moignon appendiculaire après résection de l'appendice.

On passe alors au *deuxième temps* : découverte du nerf auriculo-temporal.

A cet effet on branche une incision verticale sur l'incision précédente. Cette deuxième incision passe en avant du tragus, dans la gouttière dépressible au doigt où l'on sent rouler le condyle au cours des mouvements de mastication. C'est là, en effet, qu'il convient d'aller rechercher le nerf auriculo-temporal assez profondément situé.

La veine temporale superficielle, excellent repère, est bientôt rencontrée. Au-dessous d'elle, au voisinage de l'artère temporale superficielle, la sonde cannelée, travaillant dans la profondeur, découvre le nerf.

Ici commence le *troisième temps*. L'auriculo-temporal bien reconnu, isolé sur un petit trajet, est chargé sur la pince de Thiersch, qui est fermée. Grâce à un mouvement de rotation lent, mais continu, le nerf s'enroule autour de la pince et l'arrachement de la partie centrale ne tarde pas à s'effectuer.

L'opération est terminée. La petite plaie cutanée est suturée aux agrafes et un pansement compressif est appliqué.

Quatre jours après, les agrafes sont enlevées, et le lendemain le malade quittait l'hôpital. Il était guéri.

Voilà donc une observation absolument typique de fistule parotidienne, rebelle à des traitements divers, et qui a cédé à l'opération de Leriche.

L'énervation sécrétoire de la parotide qui résulte de l'arrachement du nerf auriculo-temporal fait comprendre immédiatement la valeur de la méthode. Il convient donc de la mettre en évidence.

Une étude anatomo-physiologique fera mieux comprendre le rôle du nerf auriculo-temporal et les conséquences de sa suppression.

Nous passerons aussi en revue les procédés employés dans le traitement des fistules parotidiennes et nous en comparerons les résultats avec ceux fournis par l'opération de Leriche.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE. L'INNERVATION SÉCRÉTOIRE DE LA PAROTIDE

L'innervation sécrétoire de la parotide est sous la dépendance prépondérante du nerf auriculo-temporal qui joue un rôle d'excitation, et du sympathique qui joue au contraire un rôle inhibiteur, d'ailleurs secondaire, par son action vaso-constrictive.

Ces données sur la valeur excito-sécrétoire du nerf auriculo-temporal sont dues à Claude Bernard (1861). Ses expériences ont été faites sur le chien. Voici d'ailleurs le passage relatif à ces expériences rapportées dans les Leçons de physiologie opératoire :

« Nous commençâmes par faire une incision derrière l'oreille externe. Après que les téguments eurent été disséqués, nous découvrîmes immédiatement le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Attirant ensuite la glande en avant, nous pûmes diviser séparément toutes les ramifications du nerf et les soumettre au courant électrique. Les résultats ayant toujours été négatifs.

tifs, nous arrivâmes à la fin, après avoir sectionné toutes les branches du facial, sur un rameau de la cinquième paire, qui n'était autre que le nerf auriculo-temporal superficiel. Plusieurs de ses branches furent coupées sans qu'il en résultât aucun effet sur la sécrétion. L'animal accusait une vive souffrance, ce qui s'explique aisément par le caractère éminemment sensitif de ce nerf. Enfin, au moment où nous allions terminer l'expérience, ayant à lier une petite artère, nous comprimâmes en même temps un mince filet nerveux, et nous nous aperçûmes que la sécrétion glandulaire était momentanément suspendue.

» Nous coupâmes alors ce petit filet et la glande fut immédiatement frappée de paralysie ; les acides versés dans la bouche ne provoquaient plus d'écoulement salivaire. Au contraire, la galvanisation du bout périphérique du nerf divisé amenait instantanément une sécrétion abondante.

» Nous avons donc enfin découvert le nerf moteur de la parotide. Ce nerf, qui provient du maxillaire inférieur, paraît constitué par quatre ou cinq ramuscules parallèles, mais bien distincts. Ses dimensions sont insignifiantes. Il se détache de l'auriculo-temporal et peut être facilement mis en évidence par la dissection. Il est en rapport intime avec l'artère maxillaire, dont il suit exactement le trajet, mais en sens inverse du cours du sang.»

Telle est l'expérience fondamentale de Cl. Bernard. Elle établit de façon irréfutable le rôle du nerf auriculo-temporal dans la sécrétion salivaire de la glande parotide. L'opération de Leriche n'est en quelque sorte que la répétition sur l'homme de l'expérience exécutée par Cl. Bernard sur le chien.

Les recherches ultérieures ont montré que l'origine

de ces fibres excito-sécrétoires ne devait pas être cherchée dans le nerf maxillaire inférieur, mais dans le nerf glosso-pharyngien. Les anastomoses entre ces deux nerfs sont nombreuses et intimes, et ce sont elles qui contiennent les filets dont l'excitation amène la sécrétion de la parotide. Le nerf de Jacobson par son petit nerf pétreux profond aboutissant au ganglion otique après fusion avec le petit nerf pétreux superficiel, branche du facial, devient le nerf sécrétoire de la parotide.

L'action excito-sécrétoire du nerf auriculo-temporal est contrebalancée par l'action inhibitrice du sympathique. Cette action est à vrai dire indirecte, secondaire, le sympathique n'arrête la sécrétion salivaire que par son action vaso-constrictive. C'est ce qui résulte des expériences bien connues de Morat et de Dastre. L'excitation simultanée du glosso-pharyngien et du sympathique arrête ou diminue la sécrétion du côté correspondant.

Un fait très net se dégage de ces expériences. La section du nerf auriculo-temporal amène l'arrêt de la sécrétion salivaire parotidienne.

Des expériences récentes de Ferrarini ont montré les modifications histologiques post-opératoires suivant la section ou l'arrachement du nerf auriculo-temporal.

En voici les conclusions rapportées dans la thèse de Garnier :

1° Rapetissement de l'organe avec diminution de poids, laquelle atteint, d'un mois à deux mois, le tiers du chiffre primitif.

2° Atrophie simple de l'élément sécréteur, disséminée irrégulièrement dans la glande, se présentant sous des degrés variables, même en des points très rapprochés. Phénomènes de nécrobiose épithéliale plutôt rares.

3° OEdème et augmentation d'épaisseur du tissu conjonctif, avec multiplication des éléments fixes de celui-ci, mais sans association d'une sclérose vraie et propre du parenchyme glandulaire.

4° Caractère transitoire de ces lésions qui semblent passer par un maximum à la date d'un mois et demi environ après l'opération. A cette époque, non seulement elles cessent d'augmenter, mais elles régressent.

« L'intervention n'entraîne donc point de modifications durables au point de vue histologique, mais nous verrons qu'au point de vue clinique il en va autrement, et que les malades opérés se sont montrés définitivement guéris, avec leur sécrétion parotidienne complètement tarie (Garnier). »

Mais, pour que cette section soit efficace, encore faut-il qu'elle porte sur un point où le nerf n'a point donné ses filets sécrétoires.

Des dissections fines étaient donc nécessaires et l'on doit à Aigrot (1914) une étude détaillée de la topographie du nerf auriculo-temporal chez l'homme.

Le nerf auriculo-temporal (Nerf temporalis superficialis seu auricularis anterior) est ainsi décrit par Cunéo.

Il naît du maxillaire inférieur (troisième branche du trijumeau) à sa face postérieure par deux racines qui se réunissent après un trajet de quelques millimètres, formant ainsi une boutonnière dans laquelle passe l'artère méningée moyenne. Il se dirige ensuite en bas et en dehors, cheminant au-dessus de l'artère maxillaire interne à laquelle il est parallèle. Il arrive ainsi à la face postérieure du col du condyle qu'il cravate étroitement. Il s'engage alors dans l'épaisseur de l'extrémité supérieure de la parotide; puis, se relevant brusquement, monte

vertical en avant du conduit auditif externe, en arrière de l'artère et de la veine temporales superficielles. *Il chemine là dans une gangue fibreuse qui rend sa découverte difficile et son isolement pénible.* Il est d'ailleurs très réduit à ce niveau et il est difficile de le suivre au delà de la bosse pariétale.

Aigrot établit une division topographique du nerf en trois segments. Le premier segment s'étend de sa naissance au point où il pénètre dans la parotide. Il est peu accessible, situé profondément, protégé par le condyle du maxillaire inférieur, en contact intime avec la méningée moyenne et les diverses branches de la maxillaire interne.

C'est au cours de ce trajet en dedans du col du condyle que le nerf auriculo-temporal fournit entre autres des filets qui naissent des deux racines de l'auriculo-temporal et vont au ganglion otique. Mais en réalité ces filets vont du ganglion otique au nerf auriculo-temporal. Ils sont constitués par des fibres du facial et du glosso-pharyngien qui arrivées au ganglion otique par les petits nerfs pétreux superficiel et profond, subissent dans ce ganglion une interruption cellulaire, puis gagnent le tronc de l'auriculo-temporal, qu'elles abandonnent ensuite en formant les filets parotidiens de ce nerf.

Au niveau de la parotide commence le deuxième segment du nerf auriculo-temporal. Aigrot, qui a disséqué le nerf avec beaucoup de soin, a montré que, dans la loge parotidienne, il était rattaché à la cloison conjonctive par des tractus solides, de sorte qu'on entraîne cette cloison en tirant sur le nerf. C'est là que commence cette gangue fibreuse signalée par Cunéo et par tous les anatomistes. Elle joue au point de vue opératoire un rôle d'autant plus grand que, non seulement elle appli-

que étroitement le nerf contre la loge parotidienne, mais qu'elle en rend l'isolement difficile et parfois pénible. Or cet isolement est nécessaire en cette zone, car à ce niveau, en arrière du condyle se détachent quelques filets, très fins, très ténus qui s'unissent bientôt en un petit plexus d'où s'échappent les filets sécréteurs destinés à la parotide.

« C'est au niveau du col du condyle que naissent les rameaux parotidiens » (Cunéo).

Il convenait d'insister sur ce point. Nous en retrouvons toute l'importance au chapitre de la technique de l'opération de Leriche.

Après avoir fourni ses rameaux parotidiens, le nerf auriculo-temporal arrive dans la zone de découverte chirurgicale. Jusqu'ici il était situé profondément, difficilement accessible. Il se dégage un peu de la glande parotidienne à sa partie supérieure et se met en rapport avec les vaisseaux temporaux superficiels qui deviennent des repères de premier ordre au point de vue de la découverte du nerf. De la superficie vers la profondeur, dans la gouttière située en avant du tragus, en arrière du condyle, on trouve en général la veine temporale superficielle, l'artère temporale superficielle et enfin le nerf. L'artère est sur un plan antérieur par rapport à la veine.

Au delà commence le troisième segment d'Aigrot. Le nerf arrive dans la région pariéto-temporale où il s'épanouit en ses filets terminaux.

Les données physiologiques expliquent que l'opération de Leriche donne des résultats excellents, et qu'il faille la préférer aux autres méthodes inconstantes dont nous allons donner un aperçu avant d'exposer la technique de l'arrachement du nerf auriculo-temporal que les notions anatomiques exposées plus haut rendront plus claire et plus compréhensible.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FISTULES SALIVAIRES

A. Les anciennes méthodes

Toute l'indication thérapeutique, dit Lenormand, se résume en ceci : dériver la salive vers la bouche. Ce résultat obtenu, la fistule se fermera d'elle-même, sous un pansement compressif, ou, s'il le faut, sera suturée après avivement.

Ces procédés s'adressent surtout aux fistules du canal de Sténon. Ils sont nombreux, ce qui prouve leur inconstance même dans les résultats obtenus.

Certains auteurs cherchent à *rétablir la continuité du canal de Sténon*, y compris le segment situé en avant de la fistule. Louis et Morand cathétérisent le bout antérieur du canal et le suturent ensuite au segment postérieur. Nicoladini aurait obtenu plusieurs succès avec ce procédé dans le cas de fistules récentes. Mais, lorsqu'il s'agit

de fistules anciennes, le segment antérieur ne tardé pas à se rétrécir et même à s'obturer.

Le procédé de la suture est alors inapplicable. On emploie en ce cas certains procédés ayant pour but la dérivation du courant salivaire vers la bouche, par la création d'une véritable fistule muqueuse.

Procédé de la ponction simple. — Recommandé dès le XVIII^e siècle par Deroy et Monro. « La joue étant étalée par deux doigts introduits dans la bouche, on enfonce, dans l'orifice fistuleux, un trocart à hydrocèle de calibre moyen, en le dirigeant en avant et en dedans, de façon qu'il vienne perforer la muqueuse entre les doigts buccaux; sur ce trocart on glisse un drain dont une extrémité arrive dans la bouche et dont l'autre sort par l'orifice fistuleux; ce drain est laissé en place quelques jours, puis, quand l'écoulement de la salive vers la bouche paraît assuré, il est enlevé et on laisse l'orifice cutané se cicatriser spontanément ou on le suture. Le passage du drain à travers la fistule empêche celle-ci de se fermer tant que ce drain est en place; pour éviter cet inconvénient, Richelot, après avoir fait la ponction classique, traverse avec le trocart, d'avant en arrière, et de la fistule vers la peau, les plans superficiels de la joue et il fait ressortir, par le nouvel orifice ainsi créé, le bout postérieur du drain qui se trouve ainsi complètement en dehors de la fistule. » (Lenormand.)

Procédé de la double ponction. — C'est le procédé de Deguise, remis en honneur par Moty, défendu par Duplay, qui le considère comme le procédé de choix.

« Il consiste, dit Duplay, à traverser la joue par deux ponctions successives passant toutes deux à travers l'orifice cutané de la fistule et se dirigeant l'une en arrière, l'autre en avant, à peu près dans la direction du canal de

Sténon. Un fil est passé à travers le trajet ainsi créé et ses deux bouts sont noués solidement ensemble de manière à étreindre toute l'épaisseur des parties molles de la joue au niveau du trajet fistuleux. Lorsque ces parties molles se trouvent sectionnées par la ligature, il en résulte une large perte de substance qui assure l'écoulement de la salive dans la cavité buccale et il ne reste plus qu'à suturer, après avivement, la fistule cutanée.

» Deguise se servait dans son procédé d'un fil de plomb. Pour obtenir plus rapidement la section du pont de parties molles compris entre les deux ponctions, on a employé l'écraseur, le serre-nœuds, le galvanocautère. Pour ma part (Duplay), je préconise la ligature élastique avec un fil élastique ou un drain de petite taille, et, grâce à l'issue facile que cette ligature assure à la salive du côté de la bouche, j'ai cru pouvoir pratiquer dans la même séance l'occlusion par suture de la fistule externe. »

Moty emploie un crin de Florence. Ce procédé est quelquefois difficile à appliquer. « Il va sans dire que ces opérations, assez faciles lorsqu'il s'agit de fistules de la région buccinatrice, deviennent très difficiles et sont parfois même impossibles, en même temps que leur résultat est moins certain, dans les cas où la fistule est très en arrière. » (Duplay.)

Devant l'inconstance des résultats obtenus par ces procédés de dérivation, on a cherché à pratiquer *l'implantation buccale du bout postérieur du canal de Sténon* (Langenbeck, Nicoladini, Lauenstein, Delore, Princeteau, Sébilleau). Le bout postérieur du canal est découvert en arrière de la fistule, mobilisé par une dissection suffisamment étendue, introduit à travers une fente faite à la muqueuse buccale et fixé dans cette position par deux ou trois points de suture.

L'échec est fréquent.

D'ailleurs tous ces procédés s'adressent aux fistules du canal de Sténon, et ne sauraient s'appliquer aux fistules parotidiennes. Celles-ci se ferment souvent spontanément — mais ce n'est pas là une loi générale — et les observations de fistules persistantes ne sont pas exceptionnelles.

D'où la création de procédés ayant pour but l'atrophie de la glande et s'adressant aussi bien aux fistules de la glande qu'à celles du canal de Sténon.

On a employé la *compression de la glande*. C'est le procédé de Desault. Plus récemment on a préconisé dans le même but la *ligature du canal de Sténon* en arrière de la fistule (Viberg, Pelchinsky, Bramann). Cette ligature est douloureuse et susceptible, d'après Duplay, de provoquer des accidents assez sérieux. Elle a été cependant réalisée par Morestin en 1916 et paraît s'appliquer aux contre-indications des autres méthodes, dans certaines mutilations considérables de la région.

Mollière emploie l'*injection d'huile stérilisée*, Matrassovitch l'*injection de paraffine* dans le canal de Sténon.

Dans l'observation rapportée ici, des injections semblables avaient été employés, sans aucun résultat.

Ajoutons que certains auteurs n'ont pas craint de préconiser l'*extirpation de la parotide*.

Tels sont les divers procédés employés jusqu'aux observations de Leriche.

A ces procédés qui sont infidèles Leriche a substitué une méthode basée sur la physiologie de la parotide. Se basant sur ce fait que cette glande n'est point un organe indispensable (ce qu'établissaient les expériences de Cl. Bernard), il la supprime fonctionnellement par arrachement du nerf auriculo-temporal.

Nous allons en exposer la technique.

B. Technique de l'opération de Leriche

L'anesthésie générale n'est pas indispensable. Leriche la préconise cependant dans les cas où la région parotidienne est enflammée et où par conséquent l'anesthésique local a une action moindre.

M. le professeur Forgue emploie la novocaïne à 1 pour 200. Toute la zone de l'auriculo-temporal, en avant du tragus, est infiltrée d'anesthésique.

Leriche pratique aussitôt la découverte du nerf. A cet effet il mène une incision de 3. cm. environ s'étendant de l'arcade zygomatique au sillon palpable au devant du tragus.

Puis on va à la recherche du repère indispensable, représenté par l'artère temporale superficielle dont les battements indiquent l'emplacement dans le tissu cellulaire sous-cutané. La veine repérée, en arrière de l'artère, il suffit de chercher avec attention dans la gangue fibreuse assez dense de la région pour découvrir le nerf auriculo-temporal.

C'est ici qu'il convient de se rappeler le point de naissance des filets qui se rendent à la parotide, de façon à produire l'arrachement au point voulu. Comme y insiste Garnier, le point délicat n'est pas dans la découverte du nerf, mais dans la disséction au niveau de la cloison parotidienne, en raison de ses adhérences intimes avec cette cloison. Il faut disséquer en pleine glande, délicatement, avec soin, et ce n'est que lorsque l'isolement est bien net que l'on pratique l'arrachement.

Leriche emploie une simple pince hémostatique. M. le

professeur Forgue lui préfère la pince de Thiersch qui saisit mieux le nerf et le maintient plus solidement.

Une fois la prise effectuée, on enroule le nerf autour de la pince. Cette torsion doit se faire régulièrement, sans mouvements brusques, sans secousses. On dévide ainsi l'auriculo-temporal qui vient très facilement. Lorsqu'on a obtenu trois centimètres à partir de sa bifurcation, on éprouve une résistance : c'est la cloison interne qui le retient ; on la refoule avec une sonde cannelée ; le nerf s'allonge encore un peu.

En le saisissant le plus loin possible, toujours avec une pince à mors plats, et en tirant lentement, on finit par le faire céder. On le sectionne en haut à sa bifurcation ; l'opération est finie (Garnier).

C'est la technique suivie point par point par M. le professeur Forgue. Il fait cependant précéder la découverte du nerf de la fermeture de la fistule parotidienne par de petits lambeaux cutanés adossés et suturés en bourse. Cette petite modification supplémentaire à l'opération de Leriche la rend plus complète et hâte encore davantage la cure.

Cette technique prive la glande de ses filets sécréteurs car le nerf se rompt au niveau de la boutonnière de la méningée moyenne. Le but cherché est donc parfaitement atteint.

Il importe *d'arracher le nerf et non de le sectionner* pour éviter la blessure de la méningée. C'est la seule précaution à prendre, mais elle est essentielle. Comme on le voit, la technique est simple.

Les résultats en sont excellents. Tous les malades opérés par Leriche ont guéri. Olivier donne, dans le Lyon chirurgical de mars 1919, deux observations analogues à celles de Leriche. Les malades de Ferrarini, de Villar

et Zembrzucki ont été débarrassés de leur fistule par cette méthode. A ces observations nous ajoutons celle qui nous a été fournie par M. le professeur Forgue et dont la simple lecture se passe de tout commentaire. Le malade quittait l'hôpital guéri quatre jours après l'intervention.

Devant de tels résultats obtenus au prix d'un minimum de frais est-il besoin d'établir un parallèle entre cette opération et toutes les autres méthodes? Nous ne croyons pas.

De ce fait qu'elle est anatomique et physiologique, sans danger, sans grosses difficultés, l'opération de Leriche mérite d'être substituée à toutes les méthodes préconisées jusqu'ici, qui étaient complexes, quelquefois dangereuses, toujours inconstantes dans leur résultat.

Elle nous paraît n'avoir qu'une contre-indication : l'existence d'un tissu scléreux cicatriciel abondant rendant la découverte du nerf trop difficile sinon impossible.

Elle se recommande dans tous les autres cas de fistule rebelle du canal de Sténon et de la parotide.

CONCLUSIONS

I.— L'innervation sécrétoire de la parotide est sous la dépendance du nerf auriculo-temporal. Il résulte, en effet, des expériences de Claude Bernard que la section de ce nerf provoque l'arrêt de la sécrétion salivaire parotidienne.

II.— Le nerf auriculo-temporal fournit les filets destinés à la parotide dans son trajet en dedans du col du condyle du maxillaire inférieur. C'est après avoir fourni ces rameaux que le nerf arrive dans sa zone de découverte chirurgicale en avant du tragus.

III.— Les anciennes méthodes de traitement des fistules salivaires comprennent :

- 1° La suture du canal de Sténon ;
- 2° La ponction simple ;
- 3° La ponction double ;
- 4° L'implantation buccale du bout postérieur du canal de Sténon.
- 5° La compression de la glande ;
- 6° La ligature de canal de Sténon ;
- 7° Les injections de matières diverses dans la glande.

IV. — Tous ces procédés sont infidèles. L'opération de Leriche (arrachement du nerf auriculo-temporal) est la méthode de choix, car elle est physiologique et paraît constante dans ses résultats.

Le point délicat dans la technique de l'opération est la dissection du nerf dans la cloison parotidienne, de façon à produire l'arrachement au delà du point où naissent les filets parotidiens.

L'opération s'effectue sous anesthésie. M. le professeur Forgue procède à la fermeture en bourse de la fistule avant de pratiquer la découverte et l'arrachement du nerf auriculo-temporal. Ce temps complète l'opération et rend la guérison plus rapide.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGROT. — De la résection du nerf auriculo-temporal et de ses effets sur la sécrétion parotidienne (Lyon chir., 1^{er} mars 1914).
- AIGROT et LERICHE. — Fistule du canal de Sténon consécutive à un coup de feu (Lyon médical, t. CXXII, n° 4, 25 janvier 1914, p. 175-180).
- BARRAL. — Pneumatocèle du canal de Sténon et de la parotide (Thèse de Lyon, nov. 1909).
- BERNARD (Cl.). — Journal d'anatomie et de physiologie (t. I, 1864).
- BONNEAU. — Contribution au traitement non sanglant des fistules du canal de Sténon (Bulletin médical, t. XXX, n° 1, 8 janvier 1916).
- BUCCOLINI. — Résection et réimplantation du canal de Sténon (Société médico-chirurgicale d'Ancône, 1910, in Clinica chirurgica, t. XXVIII, 31 juillet 1910, p. 1562).
- DIEULAFAÉ. — Le traitement des fistules parotidiennes par la résection du nerf auriculo-temporal (Société de biol., 17 mars 1917).
- DUPLAY. — Fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon (Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 3^e série, p. 83).
- FERRARINI. — Sulla terapia delle fistole del dotto di Stenone et in particolare sull'operazione di disinnervazione della parotide proposta dal Leriche (Istituto di patologia chirurgica della R. Università di Pisa, 1919).

- GARNIER. — Opération de Leriche. Arrachement du nerf auriculo-temporal. Traitement des fistules salivaires (Thèse de Lyon, 1920, n° 259).
- GIOVANETTI. — Contribution à la cure des fistules du canal de Sténon (Gazzetta degli ospedali et delle cliniche. Milan, t. XXXIII, n° 64, 1912).
- GUIRRIEC. — Sur un cas de fistule salivaire de la parotide (Thèse de Bordeaux, 1920).
- HÉDON. — Précis de physiologie.
- HEUILLY et VAUTRIN. — Revue médicale de l'Est, t. XLVIII, n° 3, février 1920, p. 146).
- JUNCA. — Fistule du canal de Sténon (Journal de médecine de Bordeaux, 1911).
- LAFONT. — Les fistules du canal de Sténon (Thèse de Toulouse, 1917).
- LERICHE. — Guérison d'une fistule parotidienne par arrachement de l'auriculo-temporal (Lyon médical, 22 février 1914, p. 397).
- LERICHE et AIGROT. — Résection bi-latérale du nerf auriculo-temporal dans un cas d'hypersalivation consécutive à un néoplasme œsophagien (Société de médecine de Lyon, 2 mars 1914).
- MAUCLAIRE. — Fistule sténonienne entretenue par des séquestres (Archives générales de chirurgie, t. IV, n° 8, 25 août 1909).
- MORESTIN. — Fistule salivaire traitée par l'extirpation du canal de Sténon (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 9 mai 1916, p. 1036-1125, et n° 20, 13 juin 1916, p. 1321-1384).
- Contribution à l'étude du traitement des fistules salivaires consécutives aux blessures de guerre (Soc. de chirurgie, 28 mars 1917).
- Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, p. 998, 1909.
- OLIVIER (R.). — Trois observations de résection du nerf auriculo-temporal pour fistule de la parotide (Lyon chirurgical, t. XVI, n° 2, mars-avril 1919, p. 204-286).
- ROUSSEAU. — Contribution à l'étude du traitement des fistules du canal de Sténon (Thèse de Paris, 1908-1909, n° 248).

- VILLAR. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 18 décembre 1919.
- WEITZ. — Zür Behandlung der Parotististeln (Deutschzeischrift für Chirurgie, mai 1919, Bd CXLIX, H. 5 et 6).
- ZEMBRZUCKI. — Hartnackige Parotististel Geheilt durch Ausreissen des N. Auriculo temporal (Zeiblatt für Chirurgie, 22 février 1919).
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Un cas de fistule salivaire parotidienne traitée par l'opération de Leriche (arrachement du nerf auriculo-temporal),

par M. Albert Fabre.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
